

CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y
SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR MADRES Y
PADRES EN EL PUERPERIO

QUALITY OF CARE AND PERCEIVED
SATISFACTION IN THE POSTPARTUM FROM
MOTHERS AND FATHERS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RESEARCH PROJECT

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

Autora: Candela Hermida Parapar

Tutora: Ana Palmar

Grado en Enfermería. Facultad de Medicina

Curso 2017/2018

Universidad Autónoma de Madrid

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mi tutora, Ana Palmar, por su esfuerzo y dedicación que me resultaron de mucha ayuda a para el desarrollo de este proyecto.

También me gustaría mostrar mi gratitud a mis amigos y familiares que me han estado apoyando a lo largo de este año facilitándome ayuda y consejo en todo momento.

En especial tengo que agradecer a mi hermana por ser la persona que, sin lugar a duda, más me ha apoyado durante este proceso y sin su apoyo y orientación, no hubiese llegado hasta este punto.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
NECESIDADES Y PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PUERPERIO	11
LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD	16
JUSTIFICACIÓN	20
OBJETIVOS	21
OBJETIVOS GENERALES:	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	21
METODOLOGÍA	22
DISEÑO	22
ÁMBITO DE ESTUDIO.....	22
POBLACIÓN Y MUESTRA	23
MUESTREO	25
CAPTACIÓN.....	25
RECOGIDA DE DATOS.....	25
ANÁLISIS DE DATOS	26
CRITERIOS ÉTICOS Y DE CALIDAD	27
CRITERIOS ÉTICOS	27
CRITERIOS DE CALIDAD	27
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS.....	37

RESUMEN

Introducción: El puerperio es una etapa de vital importancia para la mujer y su entorno. Durante este período se producen numerosos cambios a los que las mujeres, apoyados por sus familias y el personal sanitario, tienen que hacer frente, para satisfacer sus necesidades propias y las del recién nacido. Hoy en día se le da especial importancia a los cuidados que se prestan durante el embarazo y el parto, pero no así después de éstos, donde el seguimiento y satisfacción en el cuidado de la mujer resultan deficitarios. Unos buenos cuidados durante el puerperio son clave para asegurar el bienestar de todos los integrantes en el proceso de maternidad/paternidad.

Objetivos: Conocer la percepción acerca de la calidad de los cuidados en las mujeres y sus parejas durante el puerperio.

Metodología: Se realizará un estudio con metodología cualitativa con base en el marco teórico del Interaccionismo Simbólico. El ámbito de estudio serán los centros de salud de Dirección Asistencial de la Comunidad de Madrid. La población de estudio serán las puérperas primíparas de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años y sus parejas que hayan recibido un seguimiento en la Comunidad de Madrid. El instrumento para la recogida de datos será la entrevista en profundidad, grabada en un medio de audio y analizada mediante los criterios de análisis propuestos por Taylor SJ. y Bogdan R. con ayuda de un software que será el programa QDA Miner para explotación de datos cualitativos.

Conclusiones: Es necesario llevar a cabo una mejora en los cuidados prestados a las mujeres y sus parejas durante la etapa del puerperio, implantando protocolos de atención y humanización de los cuidados durante esta etapa tan importante y trascendente en la vida de las mujeres y su entorno.

Palabras clave: *Período Postparto, Necesidades y Demandas de servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud, Investigación Cualitativa, Entrevista*

ABSTRACT

Introduction: The puerperium, is a stage of vital importance for women and its surroundings. During this period there are many changes that women, supported by their families and health professionals, have to confront, to meet their own needs and of the newborn. Nowadays it is given particular importance to care provided during pregnancy and childbirth, but not after them, where the follow-up and satisfaction in the care of women are deficient. A good care during the puerperium is key to ensure the well-being of all the members in the process of maternity / paternity of the family.

Aim: To know the perception about the quality of care in women and their partners during the puerperium period.

Methodology: Will carry out a study with Qualitative Methodology based on the theoretical framework of Symbolic Interactionism. The field of study will be the health centres that act as Healthcare Management of the Community of Madrid. The study population will be primiparous postpartum women aged between 18 and 45 years old and their partners who have been taken care of in the Community of Madrid. The instrument selected in data collection will be the In-Depth Interview that will be recorded in audio and that will be analyzed by the analysis criteria proposed by Taylor SJ. and Bogdan R. with the help of software that will be the QDA Miner program for the exploitation of qualitative data.

Conclusions: It is necessary to carry out an improvement in care provided to men and women during the puerperium, implementing protocols of care and humanization of care during this important and transcendent stage in the life of women and their environment.

Key words: *Postpartum Period, Health Services Needs and Demands, Quality of Health Care, Qualitative Research, Interview.*

INTRODUCCIÓN

El parto es un acontecimiento de vital importancia para la vida de las mujeres y que va a impactar sobre su futuro y sobre el de su familia. Por este motivo las mujeres depositan en el personal médico y enfermero su confianza para así adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado óptimo de sus hijos e hijas, de ellas mismas y sus familiares.

El período consecutivo al parto es el conocido como postparto o puerperio. El vocablo puerperio proviene del latín *puer* que significa niño, y *peri* que significa alrededor de; lo que nos indica una referencia al período que transcurre tras el alumbramiento del niño. Existen diversas definiciones del puerperio por distintos autores. Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas podríamos definir el puerperio como “el período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación”¹.

En términos generales este período comprende las 6-8 semanas posteriores al alumbramiento. Durante esta etapa se van a producir diversos cambios, no sólo fisiológicos, sino también psicológico y social, pues es aquí donde se establecen los cambios en la vida de las mujeres y de sus familias, y se establece el vínculo materno filial^{2,3}.

En el puerperio se distinguen tres etapas, que dependiendo de los autores que las definan, difieren en su duración. Estas tres etapas son las siguientes: puerperio inmediato que abarca las primeras 24 horas posteriores al parto; puerperio mediato clínico o precoz que llega hasta el 7º-8º día después del parto, y por último el puerperio tardío que comprende desde el 8º-9º día hasta la aparición de la menstruación^{2,3}.

Las variaciones y cambios que transcurren durante este período siguen un proceso involutivo mediante el cual, poco a poco, se produce la recuperación anatómica y funcional, así como también se producen simultáneamente transformaciones a nivel fisiológico y psicológico. A continuación, pasamos a describir brevemente estos cambios.

- Cambios fisiológicos:

En cuanto a los cambios fisiológicos, el cuerpo de las mujeres va a sufrir alteraciones en la gran mayoría de sus sistemas. El útero comienza el proceso de involución por el cual regresa al tamaño y posición previo a la gestación. Durante el puerperio se producen los

loquios que son secreciones vaginales de origen uterino. Su ausencia puede indicar posibles complicaciones. La vagina y el cuello de útero también sufren una serie de transformaciones, encontrándose blandos dilatados y edematosos después del parto. La vagina regresa a su estado previo mientras que el cuello de útero nunca volverá a estar como antes del embarazo. En las mamas se produce la llamada ingurgitación mamaria durante los primeros días postparto, por la cual la mama adquiere firmeza, sensibilidad, produce estímulos dolorosos al tacto y aumenta de temperatura y tamaño ^{3,4}.

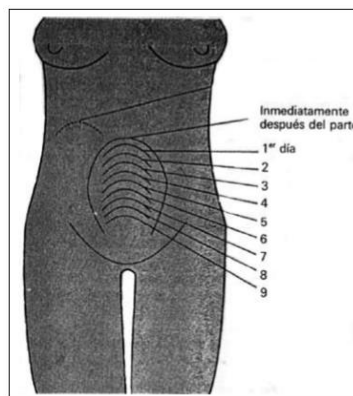


Figura 1: Adaptado de Jean Dickosn, E, Lang, B, Silverman, B, Olsen Schult, M. Enfermería Materno-Infantil

En este período también se producen cambios en los distintos sistemas corporales; cardiovascular (aumento de volemia, bradicardia, aumento de tensión arterial, disminución del gasto cardíaco, aumento de factores de coagulación), renal (diuresis elevadas, incontinencia), digestivo (estreñimiento), respiratorio (aumento de ventilación pulmonar), musculoesquelético (fatiga, temblores) y endocrino (descenso de hormonas placentarias, lactancia, reanudación de la menstruación) ^{4,5}.

- Cambios psicosociales:

Del mismo modo también se van a producir cambios en la esfera psicológica y social para la madre y su entorno. Comienza una etapa de adaptación al nuevo rol que van a tener que desempeñar como madres y padres.

Un factor muy importante de este período es el de establecer el vínculo materno filiar. Existen diversos trabajos que han desarrollado este vínculo como el de Mecca Cranley,

que en el 1981 fue la primera autora en plantear este hecho, como el grado en el que las mujeres se dedican a aquellos comportamientos que representan una unión y la interacción con su hijo por nacer. Posteriormente otros autores como Muller (1992) y John Condon (1988) plantearon otras definiciones en las que se separan los sentimientos de la mujer sobre sí misma y se analiza el vínculo materno filial desde una perspectiva de salud mental ⁶.

En este sector cabe destacar también los trabajos de Rubin, enfermera de maternidad en los años 60, que plantea la existencia de conductas propias de esta etapa por parte de las madres se repetían durante el período de puerperio. Se distinguen así tres etapas de conducta maternal después del alumbramiento que son: la de aceptación, apoyo o “hacerse cargo de” y por último la etapa de abandono o de “dejar hacer” ^{2,6}.

La etapa de aceptación es la primera que se produce después del parto. En ella la mujer está fatigada y cansada, siendo sus deseos los de comer y descansar. Es en esta etapa donde se manifiestan las primeras dudas sobre su capacidad para ejercer el cuidado de sus bebés ⁶.

En segundo lugar, está la etapa de apoyo o de “hacerse cargo” en la que la mujer va recuperando su estado físico y empieza a realizar los cuidados del bebé. Este es el período idóneo para la educación para la salud ya que las mujeres están más receptivas y tienen más curiosidad ⁶.

Por último, está la etapa de abandono o de “dejar hacer” durante la cual la mujer comienza a ser más independiente y toma el control de la situación. Es durante este período donde se empiezan a manifestar los cambios en las relaciones familiares que, junto con las nuevas responsabilidades pueden desencadenar sentimientos de tristeza, insatisfacción y depresión postparto ⁶.

- **NECESIDADES Y PROCESO DE ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PUERPERIO**

La mujer durante el puerperio, como ya hemos mencionado con anterioridad, presenta grandes cambios físicos además de importantes reajustes a nivel emocional y psicológico. Estos cambios afectan, no sólo a la mujer, sino también a su entorno familiar. Es entonces cuando más dudas y miedos surgen en las puérperas. Por este motivo, es muy importante analizar las necesidades que tiene cada mujer de manera individualizada y atenderlas de

la mejor manera posible, ofreciéndoles la información y cuidados necesarios para disminuir estas dudas e inseguridades y actuar como figura de apoyo en el proceso de la maternidad ⁷.

La gran mayoría de las necesidades percibidas por las mujeres están directamente relacionadas con el cuidado del recién nacido: lactancia materna, limpieza del cordón umbilical del bebé, exposición al sol del recién nacido, pérdida de peso del bebé etc. ⁸.

También manifiestan necesidades en cuanto a su autocuidado. La mayoría de las púérperas sienten que tienen una falta de información de lo correspondiente a su propio cuidado ^{9,10}.

En 2014, Gómez-Ortiz MC, et al., publicaron un estudio observacional sobre las necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. En los resultados de dicho estudio se percibieron unos déficits de información sobre los autocuidados puerperales asociados al tiempo de sangrado normal, la anticoncepción hormonal durante el período de lactancia, el momento de reanudar las relaciones sexuales y problemas relacionados con la cura de la episiotomía y retirada de puntos ¹¹.

Otro problema importante por el que cada día se ven afectadas un mayor número de mujeres durante el embarazo y en el puerperio es el de la incontinencia urinaria. Esta circunstancia se produce debido a la ganancia de peso durante el embarazo y a las posibles laceraciones ocurridas durante el trabajo de parto que se asocian a una disminución de la fuerza del suelo pélvico. En el caso de las mujeres, en el puerperio, además de verse afectada su salud física, la incontinencia urinaria puede tener repercusiones a largo plazo a nivel sexual y psicológico interfiriendo con la calidad de vida de la púérpera. A pesar de que esta situación cada vez es más común, son pocas las mujeres que buscan ayuda para recibir un tratamiento y solucionar este problema debido a que dedican toda su atención al cuidado del bebé, dejando de lado sus propios autocuidados, siendo un problema infradiagnosticado e invisibilizado desde el punto de vista sanitario ^{12,13}.

Diversos estudios de los últimos años de distintos países del mundo muestran como la prevalencia de este problema es cada día más común y además demuestran como una buena rutina de ejercicios del suelo pélvico (Kegel) durante el embarazo y el puerperio mejoran en gran medida esta situación ¹⁴.

El cuidado integral en el puerperio no sólo engloba, por tanto, la salud de la púérpera, sino también la del recién nacido y a la todo el entorno que rodea la familia. Estos

cuidados tienen una gran importancia para el desarrollo efectivo de cada individuo por separado, así como de todos en colectivo y requiere de un abordaje integral. Los primeros días del postparto son fundamentales para que se desarrolle un vínculo efectivo entre el bebé y el entorno. Existen muchos factores que se relacionan con la calidad de los cuidados percibida por las mujeres en el puerperio. Algunos de los factores más influyentes según Ferreiro son las expectativas previas de las embarazadas, el apoyo del profesional sanitario y del entorno, la rapidez de la atención recibida y la participación de la mujer en el momento de la toma de decisiones. La comunicación efectiva entre el profesional de la salud y la puérpera adquiere mucha importancia en este período de la vida de la mujer. Además, el ser escuchadas va a fomentar la creación de un ambiente de confianza y de sinceridad en el que las mujeres se sientan cómodas para manifestar sus dudas y se propicia una buena educación sanitaria para así solventar las necesidades percibidas ¹⁵.

En España, la atención durante el período puerperal se realiza a nivel de Atención Primaria (en adelante AP). En la Cartera de Servicios de AP se detallan las distintas actuaciones y servicios disponibles en cada comunidad autónoma para atender las necesidades de la población. En este documento existe un listado de servicios ofertados por el Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Existen tres servicios asociados a la mujer embarazada y a al puerperio. En estos servicios se ofrecen valoraciones en torno al proceso de embarazo, información de posibles riesgos, preparación al parto que incluye aspectos educativos para el control y manejo del proceso de parto y puerperio inmediato. Por otro lado, hay un servicio específico de Visita Puerperal (en adelante VP) en el cual se realiza una valoración funcional y física de la mujer y del recién nacido para así analizar los cuidados que tienen cada uno y el grado de adaptación de la madre y el entorno a su nuevo rol. Esta visita se realiza al alta hospitalaria y en los primeros quince días posteriores al parto. Durante esta visita se pretende llevar a cabo actividades de educación para la salud, así como una detección precoz de posibles riesgos para la mujer y para el recién nacido ^{16,17}.

En la gran mayoría de Comunidades Autónomas, incluida la Comunidad de Madrid (en adelante CAM), así como en muchos países europeos, la recomendación es la de realizar la VP en el domicilio de la madre. A pesar de estas recomendaciones la realidad es la de que más del 90% de estas visitas se realizan en la consulta del centro de salud. En el

documento de seguimiento de contrato programa de Madrid del 2017 se pone de manifiesto la baja tasa de cumplimiento de los servicios detallados en la Cartera de Servicios Estandarizados (en adelante CSE), en especial el de la visita puerperal domiciliaria (en adelante VPD) de control durante el puerperio. En el año 2017 se registró una tasa de cumplimiento del 45.7%, ligeramente inferior a la registrada en el año 2015 y 2016. Además, como hemos mencionado antes, la mayoría de estas visitas se realiza en el entorno del centro de salud y no en el domicilio de la puérpera ^{17,18}.

En un estudio comparativo realizado en el 2011 por Furnieles, se exponen las diferencias significativas que existen entre la VP llevada a cabo en el domicilio y la que se realiza en el centro de salud. La VPD se asocia a un mayor grado de satisfacción percibida por la madre. Esta satisfacción está relacionada con la tranquilidad que supone a la madre encontrarse en un lugar seguro y sin limitación de tiempo. Según este estudio las mujeres que realizaron la VPD demostraron un mayor conocimiento sobre la anticoncepción puerperal y la reanudación de la actividad sexual ¹⁹.

En diversos trabajos realizados sobre la VPD se describen y analizan los beneficios de esta visita para la puérpera y el neonato. Destacan la mejora de la salud psicológica de la madre, mejoras en la salud física del recién nacido, menor tasa de abandono de la lactancia materna, menos problemas con la lactancia materna, mayor confianza en el desempeño del rol materno, mayor nivel de calidad de vida de las primíparas, disminución de incidentes domésticos, mayor grado de conocimientos de la anticoncepción puerperal ^{20,21} y de la reanudación de la actividad sexual, aumento de la interacción padres - hijo y en general mayor grado de satisfacción materna ²².

A nivel europeo, países como Inglaterra, Holanda, Alemania y Noruega cuentan con planes de cuidado y planes encaminados a fomentar esta visita puerperal domiciliaria. Además, estos países ofertan a las mujeres y sus familias ayuda y soporte durante las primeras semanas del puerperio para así instruir y enseñar cómo se deben de realizar correctamente los autocuidados propios las puérperas, así como todo lo relacionado al cuidado del recién nacido ²³.

En Holanda está instaurado un programa de atención a la maternidad centrado en la familia que promociona los partos domiciliarios asistidos por matronas. El gobierno holandés promueve que las mujeres que carecen de riesgos durante el embarazo reciban los cuidados por parte de una matrona y un médico general en el ámbito de la Atención

Primaria y que sólo aquellas que presentan riesgos utilicen los servicios de Atención Especializada. Además, todas las madres tienen derecho a tener a una figura de cuidadora conocida como Kaamverworger durante los ocho o diez días postparto para ayudar y al mismo tiempo observar la correcta adaptación de la madre a su nueva situación y al entorno ^{24,25}.

En el año 2017 Baas CL. et al. desarrollaron un estudio para valorar la experiencia de las mujeres que han recibido cuidados puerperales en el domicilio en Holanda. Esta investigación obtuvo unos resultados favorables a los cuidados propiciados por la Maternity Care Assistant (MCA). Resulta interesante observar que, variaban las percepciones en función de la edad (más bajo a mayor edad) y aumentaban con un mayor nivel educativo ²⁶.

Otro estudio de interés de Baas CL et al. trabajó sobre las sugerencias de las mujeres para la mejora de los cuidados en el puerperio. En los resultados, las sugerencias recogidas por el estudio están todas relacionadas con el concepto de cuidados individualizados. Las mujeres entrevistadas en este estudio expresaron su preocupación principal por la falta de continuidad en los cuidados, la falta de información y con la protocolización de los cuidados llevados a cabo en el puerperio, sin atender a las particularidades de cada una ²⁷.

En otros países europeos como Inglaterra se está fomentando la figura de la matrona y su implicación durante el período del embarazo y el parto. Cada vez más mujeres eligen la opción del parto en el domicilio, asistido por la matrona que ha llevado a cabo el seguimiento durante todo el embarazo y que garantiza un seguimiento posterior. La guía de práctica clínica publicada por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) especifica las rutinas de cuidados excelentes postnatales para las mujeres y sus bebés, y reconoce la necesidad de incluir el entorno. Los principios básicos sobre los que se asienta este documento son: el del respeto, la comunicación efectiva y la oportunidad de decidir de las madres y sus familias, incorporando aspectos ya admitidos como la necesidad de hacer partícipes a los pacientes y familiares en el proceso, sea cual sea, y en la toma de decisiones ^{28,29,30}.

- LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Siguiendo esta línea, otro concepto importante que es necesario incluir en este entorno es el de la calidad asistencial. En la actualidad, la calidad asistencial constituye uno de los principales focos de análisis y de mejora en la atención sanitaria. Esto se debe a la creciente necesidad de evaluación de la calidad de los cuidados percibida por los usuarios del SNS, así como al aumento de las expectativas de la población en relación con los servicios ofertados ³¹. Ésta tiene diversas definiciones y dependiendo de la estructura disciplinar puede entenderse de numerosas formas. La Organización Mundial de Salud (en adelante OMS) entiende la calidad asistencial como *el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos de los pacientes y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso* ³². Otra definición de calidad asistencial es la del Instituto de Medicina (IOM), que la plantea como, *el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones en concordancia con el conocimiento actual*” ³³.

En estrecha relación con la calidad asistencial está la calidad percibida por el usuario que consiste en *la evaluación que los pacientes realizan de la calidad asistencial que han recibido en los servicios sanitarios por ellos demandados*, que señala los aspectos subjetivos de la relación con el sistema ³⁴.

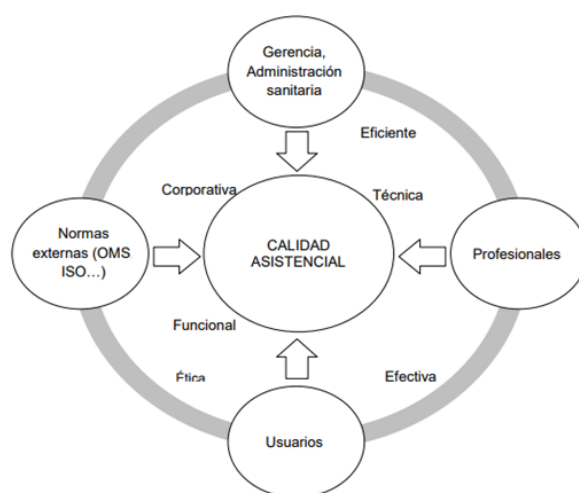


Figura 2: Componentes y dimensiones de la calidad asistencial ¹⁶

En relación con la satisfacción del usuario en la atención sanitaria existen diversas definiciones. Linder-Pelz S. entiende la satisfacción del paciente como la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida ³⁵. La autora española Rocío Díaz entiende la satisfacción del usuario como la diferencia entre las expectativas y las percepciones del usuario ³⁶. Las expectativas del paciente se corresponden con la esperanza de realizar o conseguir algo del SNS en relación con las necesidades percibidas por los propios usuarios ³⁶. Estas definiciones resultan llamativas ya que engloban los conceptos de expectativas de los que hablamos con anterioridad y de la percepción previa que tienen los usuarios de salud. En el caso de las mujeres en el puerperio, estos dos conceptos también van de la mano y nos permiten valorar la calidad de los cuidados y la atención recibida por parte de los profesionales de la salud.

CALIDAD	SATISFACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se conforma durante el proceso de prestación. ▪ Actitud duradera. ▪ Evalúa atributos del servicio. ▪ Compara percepciones con expectativas normativas. ▪ Juicios de carácter cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refleja a posteriori la experiencia. ▪ Juicio transitorio. ▪ Evalúa la globalidad del servicio. ▪ Compara percepciones con expectativas predictivas. ▪ Juicios de carácter emocional y afectivo

Figura 3: Aspectos diferenciales a tener en cuenta para analizar la calidad y la satisfacción ¹⁵

En los últimos años se está poniendo énfasis en la calidad de los cuidados percibida por los usuarios y, consecuentemente, también en la satisfacción. Diversas organizaciones reconocidas a nivel mundial como, la OMS o el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, reconocen la importancia que tiene una prestación de cuidados por parte de todos los profesionales de la salud. Debido a la relevancia del tema, numerosos gobiernos, a nivel nacional y autonómico, han comenzado a desarrollar estrategias de mejora de la calidad y la satisfacción mediante encuestas y con la instauración de nuevos criterios de buena atención ¹⁷.

La OMS publicó en 2014 las Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. En este documento pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo una orientación a las mujeres sobre aspectos relacionados con su propio cuidado y el de

su entorno en el período posterior al parto. La OMS recomienda que las mujeres que tuvieron el parto en un centro sanitario deberían recibir la Atención Primaria durante al menos las 24 horas después del parto. En el caso de que se trate de un parto domiciliario, el primero contacto posnatal debería de realizarse en las primeras 24 horas. Además, recomienda tres contactos adicionales, al tercer día, entre el séptimo y decimocuarto día después del parto y por último seis semanas después de este. En esta estrategia, se destaca la relevancia de las intervenciones comunitarias durante un período tan vulnerable en la vida de las mujeres, para así mejorar la calidad durante todo el proceso asistencial ³⁷.

A nivel nacional el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España ha ido desarrollando a lo largo de los años un conjunto de planes y programas que tienen como objetivo final conseguir mejorar la calidad asistencial de los usuarios de los servicios de la salud. Estos planes de calidad están regulados por la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS ^{38, 39}.

El Plan de Humanización de la asistencia sanitaria de 2016 - 2019 es un documento vigente, en el que se describen los distintos planes de actuación en diferentes etapas de la vida y durante el binomio salud-enfermedad. Se plantea la importancia de humanizar los cuidados en todo momento. En relación con el puerperio en este documento existe una brecha en los cuidados a la puérpera y a su entorno en el período del puerperio medio o tardío, existiendo solo planes para el cuidado de la mujer embarazada, para el momento del parto y a continuación para el fomento de la lactancia materna ⁴⁰.

A nivel autonómico, como ya se ha señalado, la CAM cuenta con la CSE que establece los criterios de buena calidad y que sirven para mejorar la satisfacción del usuario mediante un seguimiento del cumplimiento de estos criterios.

Existen numerosos estudios que tratan el nivel de satisfacción del usuario de los servicios de la salud y, en concreto la calidad y satisfacción durante el transcurso del parto y en el puerperio. El estudio llevado a cabo por Vivanco Montes en la CAM trabajaba la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la CAM. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto la falta de satisfacción que sienten las mujeres en el puerperio con respecto a la satisfacción percibida en el período del parto ⁴¹.

En 2011 Ferreiro Losada MT en su documento sobre la modelización y medida de la calidad percibida de la atención al parto en la Comunidad Gallega dirigido a mejorar la comprensión y valoración de la satisfacción de las usuarias de los servicios de maternidad,

abarcando el período del embarazo, parto y puerperio. Mediante esta investigación también elaboró una herramienta de mejora continua de la calidad asistencial, promoviendo así una humanización progresiva de los cuidados prestados a madres y padres durante la maternidad y paternidad ¹⁵.

Otro estudio de interés es el llevado a cabo por Reyhan E. et al. sobre los niveles de confort y calidad en mujeres durante el puerperio después de un parto vaginal y una cesárea. Esta investigación distingue el postparto como un acontecimiento de vital importancia para la vida de la mujer. Además, destaca la importancia de las actuaciones de los profesionales de la salud a la hora de solventar los distintos problemas que pueden surgir durante esta etapa, contribuyendo en gran medida en la satisfacción percibida, la calidad asistencial y consecuentemente la calidad de vida de las mujeres ⁴².

JUSTIFICACIÓN

El período del embarazo, el parto y el puerperio son etapas muy importantes en la vida, no sólo de la mujer, sino también de su entorno y del recién nacido. Esta importancia en los cuidados se manifiesta principalmente en el período correspondiente al embarazo y el parto durante los cuales se prestan unos cuidados minuciosos y una atención especial al bienestar de la madre y de su familia. No obstante, existe una brecha en los cuidados a la madre y la familia que se producen a posteriori, en el puerperio.

Los cuidados prestados a las mujeres y a los recién nacidos en el puerperio tienen una especial importancia para el futuro desarrollo efectivo de ambos por separado como también el desarrollo del vínculo entre los dos y de los familiares cercanos. El equipo de enfermería es muy relevante en el proceso de los cuidados en el puerperio. Las puérperas y sus familias se ven afrontando una nueva etapa de su vida, llena de miedos y preocupaciones por el desempeño de su nuevo rol dentro de la maternidad y paternidad.

Los y las profesionales de la salud tienen un papel muy importante en este período ya que actúan como soporte, aportándoles a las mujeres y su entorno las capacidades necesarias para favorecer su propia autonomía y consecuentemente aumentar la calidad de los cuidados y la satisfacción. Las puérperas depositan en los enfermeros y enfermeras su confianza para recibir de su parte conocimientos y habilidades, que posteriormente aplicarán al cuidado de sus hijos. Como consecuencia, la evaluación de la calidad de los cuidados en el puerperio y de la satisfacción por parte de las puérperas y sus familias es de gran relevancia para así fomentar una mejora de estos.

OBJETIVOS

- OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer la calidad de los cuidados percibida en las mujeres y sus parejas durante el puerperio.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la satisfacción materna percibida por las mujeres durante el período de puerperio.
- Describir las necesidades que presentan las mujeres y sus familias en la fase de puerperio medio y tardío.
- Describir la relación existente entre padres y madres con el personal sanitario en la fase de puerperio.

METODOLOGÍA

- DISEÑO

Lo que se pretende en este estudio es dar a conocer y comprender las distintas necesidades y la calidad de los cuidados percibida por un grupo de individuos, las mujeres y parejas durante el período del puerperio. Estas percepciones se ven influidas por factores sociales y culturales, por tanto, la elección del diseño del estudio es la de una investigación enmarcada dentro de la metodología cualitativa ya que pretendemos mantener una comprensión holística de las personas y su entorno ^{43,44}.

Dentro de la metodología cualitativa este proyecto se encuentra enmarcado en el marco teórico del interaccionismo simbólico que, atribuye especial importancia a los significados sociales que las personas asignan al mundo en el que viven. El interaccionismo simbólico es la primera gran teoría de carácter cualitativo y que se respalda en tres premisas básicas; las personas actúan con respecto a las cosas en base al significado que le atribuyen, estos significados no son personales sino fruto de la interacción social y, por último, las personas asignan significados a las distintas situaciones e individuos mediante un proceso de interpretación ⁴⁴.

- ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio se corresponde con los distintos centros de salud que ejercen la función de Dirección Asistencial de la CAM. Estos centros de salud son los siguientes:

- Zona Norte: Centro de salud de Fuentelareina de Madrid
- Zona Sur: Centro de salud Juan de la Cierva en Getafe.
- Zona Este: Centro de salud Nuestra Señora del Pilar en Alcalá de Henares.
- Zona Oeste: Centro de salud Presentación Sabio en Móstoles
- Zona Centro: Centro de salud San Andrés en Villaverde Alto.
- Zona Sureste: Centro de salud Federica Montseny en Vallecas.
- Zona Noreste: Centro de salud Cerro del Aire en Majadahonda.

- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio serán las mujeres que se encuentren en puerperio, de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años que han sido atendidas en la CAM durante el parto. También se incluye en la población las parejas de las puérperas que cumplen los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión:

- Mujeres que llevan a cabo un seguimiento en un centro de salud de la CAM
- Familiares, parejas que convivan con las madres y estén viviendo y acompañando el proceso de forma directa
- Encontrarse en su primera experiencia de maternidad-paternidad. Este criterio es necesario porque de no ser primíparas tendrían experiencias previas y capacidades ya adquiridas de partos anteriores.
- Los participantes deben poder comunicarse en lengua hispana
- Los participantes han aceptado la participación en esta investigación y que han cumplimentado correctamente el consentimiento informado (Ver Anexo 1)

- Criterios de exclusión:

- Ingreso hospitalario tras el parto
- Puerperio patológico
- Enfermedad mental que se valorará con un diagnóstico establecido según el DSMV
- Mujeres que presenten una patología que les impida comprender o desarrollar las preguntas de la entrevista

- Criterios de selección muestral:

- Se realizará una subdivisión de la población femenina por grupos de edad: menores de 25 años, 25-40 años y mayores de 40 años, con el fin de obtener una información diferenciada puesto que las capacidades y las experiencias van variando en función de la edad de la madre.

- Se diferenciará entre las mujeres que reciben apoyo y aquellas que no lo tienen para así comprender mejor la situación en la que se encuentran y los recursos con los que cuentan para abordar esta etapa.
- Se clasificará en función del tiempo transcurrido postparto. Distinguimos el período de puerperio medio (hasta el 7° a 8° día postparto) y puerperio tardío (del 8° - 9° día postparto hasta la aparición de la menstruación) según la clasificación de Ramos AJ ².
- Se entrevistará a su vez a las parejas que estén acompañando y viviendo el proceso con las madres de forma directa.

EDAD	TIEMPO	APOYO
Mujeres menores de 25 años	Puerperio Medio	Con apoyo
		Sin apoyo
	Puerperio Tardío	Con apoyo
		Sin apoyo
Mujeres entre 25 y 40 años	Puerperio Medio	Con apoyo
		Sin apoyo
	Puerperio Tardío	Con apoyo
		Sin apoyo
Mujeres mayores de 40	Puerperio Medio	Con apoyo
		Sin apoyo
	Puerperio Tardío	Con apoyo
		Sin apoyo

Tabla 2. Tabla de perfiles para las entrevistas en profundidad. Elaboración propia

- MUESTREO

El muestreo seleccionado para la realización de este proyecto de investigación es cualitativo y por tanto se tratará de un muestreo teórico e intencional ^{44,45}.

En cuanto al tamaño de la muestra este no se estipula de manera previa, sino que se irá determinando en función de las necesidades de información. Por lo que recurrimos al principio de saturación de datos, es decir hasta que ya no obtengamos nueva información y las bases de datos recogidos se saturen ⁴⁵.

- CAPTACIÓN

El procedimiento de captación se realizará a través de la enfermera/o en el centro de salud dónde se le provisionará toda la información sobre el estudio y los procedimientos a seguir en caso de que desee participar en el proyecto. Antes de comenzar el estudio nos pondremos en contacto con cada uno de estos representantes de los centros de salud mencionados anteriormente y les pediremos que realicen la captación de la población. Una vez han sido seleccionadas, cumpliendo todos los criterios de inclusión, incluyendo la correcta cumplimentación del documento de consentimiento informado (Ver anexo 1), nos pondremos en contacto dichas personas y les daremos la información necesaria para concretar la realización de la entrevista.

- RECOGIDA DE DATOS

Para realizar esta investigación emplearemos como instrumento de recogida de datos la entrevista en profundidad estructurada. En este método de recogida de datos el objetivo principal es obtener una gran cantidad de información mediante la formulación de un conjunto de preguntas, previamente estructuradas y elaboradas por el entrevistador a través de un guión de entrevista, que nos permiten que la interacción con el entrevistado sea más eficaz. (Ver anexo 2)

El conjunto de todas las entrevistas será realizado por la investigadora principal, las y los entrevistados seleccionarán el lugar de la entrevista para así garantizar que se encuentren en un entorno cómodo y tranquilo dónde la conversación sea más fluida. El lugar dónde

se realiza la entrevista tiene gran importancia ya que puede influir tanto positivamente, fomentando un entorno de escucha, como negativamente haciendo que la conversación sea dificultosa y poco fluida.

Las entrevistas serán grabadas en un medio de audio siempre que los entrevistados hayan aceptado estas condiciones, y posteriormente serán transcritas a formato digital escrito por la investigadora principal, que será la única persona con acceso a este material desde el comienzo hasta el final del estudio.

- **ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez hemos recogido los datos de investigación a través de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio, lo necesario es efectuar el procesamiento y el análisis de estos mediante la técnica de la codificación de datos.

Taylor SJ. Y Bogdan R. entienden la codificación en investigación cualitativa como un modo sistemático de refinar y desglosar las interpretaciones de los datos recogidos. Este complejo proceso comprende la reunión y el análisis de toda aquella información que fue recogida a lo largo del estudio y que son de interés para la problemática en estudio y, consecuentemente, para cumplir los objetivos de la investigación. Existen cinco fases en el proceso de codificación de acuerdo con los autores citados anteriormente ⁴⁶:

- Desarrollo de categorías de codificación.
- Codificación de datos recogidos.
- Separar los datos teniendo en cuenta las distintas categorías de codificación.
- Repaso de datos que no hayan sido empleados y comprobar que estos no se ajustan a ninguna categoría de codificación.
- Refinamiento y ajuste del análisis.

Una vez se han realizado las fases anteriores se procede a confeccionar la matriz de datos que consiste en un modo de organizar los datos para hacerlos más visibles.

El programa que será empleado para realizar el trabajo con los datos es el QDA Miner. Este es un software de análisis de datos en investigación cualitativa.

CRITERIOS ÉTICOS Y DE CALIDAD

De acuerdo con los autores Noreña AL. Alcaraz-Moreno N. Rojas JG. y Rebolledo-Malpica D. En esta investigación mantendríamos los siguientes criterios éticos y de calidad ^{44,47}.

- **CRITERIOS ÉTICOS**

- Voluntariedad: el conjunto de entrevistados debe haber firmado previamente este documento afirmando que son conscientes y han sido informados correctamente de las responsabilidades y derechos que conlleva el estudio.
- Confidencialidad: toda la información recogida será protegida por la Ley de protección de datos y se respetará el anonimato de los participantes de la investigación.
- Manejo de riesgos: este concepto está relacionado con los principios éticos de no maleficencia y de beneficencia para llevar a cabo investigación con seres humanos.
- Neutralidad: debido a la interacción de la que hablábamos con anterioridad no se deben realizar acciones ni actitudes que puedan condicionar las respuestas del entrevistado.

- **CRITERIOS DE CALIDAD** ⁴⁴

- Credibilidad: este concepto permite que las experiencias humanas sean percibidas ajustándose a la realidad, es decir, tal y como son percibidos. Para que una investigación sea creíble es necesario que exista una relación entre los datos recogidos y la realidad que cuentan los participantes en el estudio.
- Transferibilidad/aplicabilidad: esto nos permita la capacidad de transferir los resultados obtenidos en el estudio a otro contexto distinto. Para poder lograr que la transferibilidad sea la correcta es necesaria una descripción exhaustiva de todas las características relacionadas con la investigación.
- Consistencia: este concepto hace referencia a la estabilidad que tienen los datos recogidos en la investigación. El investigador debe de tener en cuenta que la investigación cualitativa tiene por naturaleza un cierto grado de inestabilidad.

- Conformabilidad/reflexividad: con este criterio lo que se pretende es verificar la veracidad de las descripciones y de la información proporcionada por los participantes del estudio. Para lograr un buen cumplimiento de este criterio es necesario que el instrumento de recolección de datos este ajustado a los objetivos del estudio, que el investigador realice el análisis de los datos mediante una transcripción textual de las entrevistas y que exista una fuente de contraste de la literatura sobre el tema.
- Relevancia: esto permite al investigador evaluar si los objetivos planteados al comienzo de la investigación han sido logrados y si se obtuvo un mejor conocimiento sobre el tema de la investigación.
- Adecuación teórico-epistemológica: la teoría empleada en esta investigación es la del Interaccionismo Simbólico. Este marco teórico estipula que las personas actúan con respecto a las cosas en base a los distintos significados que les van atribuyendo y que estos significados son fruto de la interacción social. Por este motivo existe una adecuación entre la problemática en estudio y la teoría utilizada.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La literatura analizada apunta a serias deficiencias en cuanto a una percepción amplia de falta de información y sensación de desprotección e inseguridad en lo relacionado a su propio autocuidado, durante el período del puerperio mediano o tardío. A partir del momento del parto los cuidados pasan a centrarse en el recién nacido, dejando de lado los cuidados que necesitan especialmente la madre, pero también toda la familia durante el puerperio. Es labor de los y las profesionales de la salud garantizar la calidad de los cuidados y la satisfacción durante todo el proceso, sin dejar de lado las necesidades de ninguno de los miembros de la familia, madre, recién nacido y pareja.

Mediante este proyecto de investigación se pretende comprender cuáles son los déficits y necesidades planteadas por los protagonistas de este periodo complejo y clave para la vida de las mujeres y su entorno. Además, permitirá asentar las bases de nuevas investigaciones futuras que promulguen la mejora de los cuidados y consecuentemente de la satisfacción que perciben las mujeres y sus parejas durante el puerperio medio y tardío. Resulta relevante establecer los puntos de acción desde el sistema sanitario, así como focalizar en las necesidades de capacitación de cada mujer y su pareja. Incluir a la pareja como un elemento esencial en el cuidado de la mujer, permitirá aumentar la calidad de la atención y consecuentemente el bienestar y la calidad de vida. El proceso es conjunto y compartido y debe entenderse y vivirse desde esta visión compartida.

Otras investigaciones que serían convenientes en este campo sería la de desarrollar un protocolo de humanización de los cuidados enfocado a los cuidados de la mujer en el puerperio, tanto en el puerperio hospitalario como domiciliario. En relación con este tema sería conveniente trabajar sobre la cumplimentación del seguimiento efectivo de la VP que está incluida en la CSE, y que actualmente tiene una baja tasa de cumplimiento.

Las limitaciones de este estudio han ido ligadas a la escasa bibliografía actualizada sobre estudios realizados analizando la calidad de los cuidados y la satisfacción durante todo el período del puerperio, y no sólo durante el puerperio hospitalario. Otra limitación en relación con la literatura analizada está relacionada con la temática. Existe mucha bibliografía sobre los cuidados y problemas que pueden afectar al recién nacido durante el puerperio, pero es poca la bibliografía orientada a los cuidados y necesidades de las puérperas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. España. Barcelona; 2003. Masson, S.A.; p. 1025. [Cited 2018 Jan 10].
- 2) Ramos AJ; Rodríguez F; Jordán M. Cuidados en el puerperio normal. Intervenciones en el embarazo, parto y puerperio. [Online]. 519 – 529. [Cited 2018 Jan 10].
- 3) Ruíz Peregrina FJ; Álvarez Nieto C; Linares Abad M. Puerperio normal, cuidados de enfermería. Apuntes y notas de enfermería materno infantil [Online]. 2009; 110 – 123. [Cited 2018 Jan 10].
- 4) Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Manual Básico de Obstetricia y Ginecología. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. [Online]. 2017. [Cited 2018 Abr 18]. Available from: <https://goo.gl/YR2xHX>
- 5) Roger Smith P. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Barcelona: Elsevier Netter; 2005. [Cited 2018 Abr 18].
- 6) Patricia C; Sánchez M; Arranz E. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. Universidad del País Vasco. Escritos de psicología [Internet]. 2015; 8(2): 14 – 23. [Cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://goo.gl/gC5Neg>
- 7) Moreno C; Rincón Villa Mil T; Arenas Cárdenas YM; Sierra Medina D; Cano Quintero AP; Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. Revista CUIDARTE [Internet]. 2014; 5 (2): 739 – 47. [Cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://goo.gl/TSalYt>

- 8) Teixeira RC, Teixeira-Mandú EN, Correa ACP, Marcon SS. Necesidades de asistencia en salud a mujeres en el postparto. Esc Anna Nery [Internet]. 2015; 19(4). 621 – 628. [Cited 2018 Feb 11]. Available from: <https://goo.gl/gtY4hJ>
- 9) Diaz-Sáez J, Catalán-Matamoras D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. Gac. Sanit. Scielo. [Internet]. 2011; 25(6):483 – 489. [Cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://goo.gl/iX7hEE>
- 10) Frade J, Pinto C, Carnero M. Ser padre y madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas Prof. [Internet]. 2013; 14(2): 45 – 51. [Cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://goo.gl/x7N2GW>
- 11) Gómez-Ortiz MC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas Prof. [Internet]. 2014; 15(1): 10 -17. [Cited 2018 Feb 8]. Available from: <https://goo.gl/eu8wGw>
- 12) Wagg AR. Kendall S. Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. Prim Health Care Res Dev. [Online]. 2017; 18(5): 448 – 462. [Cited 2018 Abr 16]. Available from: <https://goo.gl/8ctQq7>
- 13) Sangsawag B. Sangsawag N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology and treatment. Int Urogynecol. [Online]. 2013; 24:(901 – 912). [Cited 2018 Abr 12]. Available from: <https://goo.gl/MT32RW>
- 14) Zizzi PT, Tervisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Women's pelvic floor strength and urinary and anal incontinence after childbirth; a cross sectional study. Rev Esc

Enferm USP. [Online] 2017; 51. [Cited 2018 Mar 1]. Available from: <https://goo.gl/9A3CGG>

- 15) Ferreiro Losada MT. Modelización y medida de la calidad percibida de la Atención al parto en la Comunidad Gallega. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela (USC). [Internet]. 2011. [Cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://goo.gl/vqHoLG>
- 16) Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. 4ª ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014. [Cited 2018 Jan 23]. Available from: <http://goo.gl/Uc7hqe>
- 17) Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Portal de Salud [internet]. Revisión de 2014. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <https://goo.gl/EoYdeh>
- 18) Seguimiento y cierre de contrato programa de centro 2017. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Salud Madrid. 2017. [Cited 2018 Abr 18].
- 19) Furnieles E, Hoyuelos-Cámaral H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N, Fitera-Lamas L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. Matronas Prof. [Internet]. 2011; 12(3): 65-73. [Cited 2018 Feb 8]. Available from: <https://goo.gl/cwUa6Y>
- 20) Benfield N, Hawkins F, Ray L, McGowan A, Floyd K, Africa D, Barreto M, Levi E. Exposure to routine availability of immediate postpartum LARC: effect on attitudes and practices of labour and delivery and postpartum nurses. PubMed. Science Direct. [Internet]. 2018. [Cited 2018 Feb 15]. Available from: <https://goo.gl/EV8HWi>

- 21) López ML, Grey TW, Hiller JE, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Fertility Regulation Group. [Internet]. 2015. [Cited 2018 Feb 15]. Available from: <https://goo.gl/AX8CwZ>
- 22) Critóbal-Aguado S. La Visita Puerperal Domiciliaria. II Congreso Asociación de Matronas de Madrid. XIV Congreso Federación de Asociación de Matronas de España. [Internet]. 2015. [Cited 2018 Feb 1]. Available from: <https://goo.gl/n9hnf9>
- 23) Ecuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, Kinnear A, Riberts M, Gomes S, Fusté J, Ortún V. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof.* 2014; 15(2): 62 – 70. [Cited 2018 Abre 12].
- 24) De Geus M. Midwifery in the Netherlands, 1.^a ed. Utrecht: Royal Dutch Organisation of Midwives, 2012. [Cited 2018 Abr 22]
- 25) Dutch Organisation of Midwives, 2012. 21. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, Vries RD, Teijlingen ER. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(6): 722-37. [Cited 2018 Abr 22]
- 26) Baas CL, Wiegers TA, De Cock T, Erwich JJHM, Spelten ER, Hutton EK. Experience with and amoun of postpartum maternity care: Comparing women who rated the care they received from the maternity care assistant as “good” or “less tan good care”. *Midwifery.* [Online]. 2017; 55: 128 – 136. [Cited 2018 Abr 13]. Available from: <https://goo.gl/c9kSxT>

- 27) Baas C.L, Erwich J, Wiegers T.A, Cock T.P, Hutton E.K. Womens's suggestions for improving midwifery care in The Netherlands. Birth:Issue in Perinatal Care. [Online]. 2015; 42(4): 369 – 378. [Cited 2018 Abr 20]. Available from: <https://goo.gl/HDd4NJ>
- 28) NHS Confederation. Birthplace in England. New evidence. Availability, safety, processes and costs of different settings for birth. SDO Network. Research. Digest. 2012;3.[Cited 2018 Abr 22].
- 29) European Observatory on Health Systems and Policies. HiT Summary: Australia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. Health System in Transition. [Cited 2018 Abr 22]
- 30) Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). [Online] 2006. [Cited 2018 Abr 17]. Available from: <https://goo.gl/AEXJJL>
- 31) Freitas JS. Silva AEBC. Minamisava R. Bezerra ALQ. Sousa MRG. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014; 22 (3): 454 – 60. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <https://goo.gl/Erc8nc>
- 32) Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad asistencial. [Internet]. 2018. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <http://www.who.int/es/>
- 33) IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001 [Cited 2018 Jan 15].

- 34) La calidad asistencial en la Unión Europea. Informa Anual del Sistema Nacional de Salud 2005. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <https://goo.gl/Z8DujW>
- 35) Feldman L. Vivas E. Lugli Z. Alviarez V. Pérez MG. Bustamante S. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2007; 22 (3): 133 – 40. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <https://goo.gl/Nf84VQ>
- 36) Diaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. [Internet]. 2002; 17(1): 22 – 9. [Cited 2018 Jan 4]. Available from: <https://goo.gl/27ToVV>
- 37) Estrategias para la Programación de Planificación Familiar posparto. World Health Organization (WHO). [Online]. 2014. [Cited 2018 Abr 13]. Available from: <https://goo.gl/QZxbx2>
- 38) Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Online]. 2012. [Cited 2018 Abr 14]. Available from: <https://goo.gl/PUa9wv>
- 39) Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. Jefatura del Estado. Gobierno de España. [Internet]. BOE núm. 128 de 29/05/2003. BOE-A-2003-10715. [Cited 2018 Jan 14]. Available from: <https://goo.gl/1Ke8Gj>
- 40) Plan Humanización cuidados 2016- 2019. Conserjería de Sanidad. Comunidad de Madrid. [Online]. 2016. [Cited Mar 3]. Available from: <https://goo.gl/ASBzin>

- 41) Vivanco Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. Rev. Reduca. [Internet]. 2009 1(2): 275 – 299. [Cited 2018 Jan 10]. Available from: <https://goo.gl/pEYFrP>
- 42) Reyhan E, Rukiye T, Tugçe S. Determining Comfort Levels of Postpartum Women after Vaginal and Cesarean Birth. Procedia-Social and Behavioral Sciences. [Online]. 2017; 237: 1526-1532. [Cited 2018 Feb 28]. Available from: <https://goo.gl/j75wAo>
- 43) Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6th ed. Barcelona: Elsevier Inc; 2016. [Cited 2018 Mar 15]
- 44) Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar A. Investigación cualitativa. 1st ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain; 2014. [Cited 2018 Mar 15].
- 45) Martin Crespo MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [Online]. 2007. [Cited 2018 Mar 17]. Available from: <https://goo.gl/9deCZg>
- 46) Fernández-Núñez L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Universidad de Barcelona. Butlletí LaRececa [Online]. 2006. [Cited 2018 Mar 26]. Available from: <https://goo.gl/fruVNJ>
- 47) Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Online]. 2012. [Cited 2018 Mar 18]. Available from: <https://goo.gl/jJuYj1>

ANEXOS

ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES Y HOMBRES QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO

Yo.....
.....

acepto participar de forma voluntaria y anónimamente en el Proyecto de Investigación **CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA EN MADRES Y PADRES DURANTE EL PUERPERIO**, dirigido por la Srta. Candela Hermida Parapar, Investigadora responsable, estudiante de grado de enfermería de cuarto año de la Universidad Autónoma de Madrid, dirigido por la Prof.^a Ana Palmar Santos.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. Con relación a ello, acepto participar en las entrevistas estructuradas acerca de la calidad de los cuidados y satisfacción percibida en madres y padres durante el puerperio.

Declaro que he sido informado/a de que mi participación no involucra ningún daño o podrá causar ningún peligro para mi salud física o mental, que es totalmente voluntaria y que en cualquier momento de la investigación puedo dejar de participar o negarme a participar sin que sean necesarias explicaciones o suponga algún tipo de sanción para mi persona.

Declaro saber que la información entregada al entrevistador y a todo su equipo será de carácter confidencial y siempre se mantendrá el anonimato. Comprendo que la información recaudada será analizada y empleada por el conjunto grupal de todos los investigadores del estudio. Toda la información recogida será guardada por el Investigador Responsable asociado a la Universidad Autónoma de Madrid y su uso será exclusivamente para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes:

Nombre del participante:

Firma:


Fecha:



Nombre del Investigador:

Firma:

Fecha:



ANEXO 2: GUIÓN DE ENTREVISTA

GUION DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA MADRES Y PADRES

Se va a realizar una entrevista estructurada en la cual se tiene un guion previamente estructurado. La entrevista debe realizarse en un entorno concertado por el entrevistado y el entrevistador, este debe ser un ambiente tranquilo, neutro en el que ambas partes se sientan cómodas. Antes de comenzar con la entrevista el entrevistador realizará una breve introducción sobre la investigación y sus objetivos, en este momento es también donde es necesaria volver a comprobar el consentimiento del entrevistado para participar en el estudio.

E N T R E V I S T A	CUERPO DE ENTREVISTA		
	Transición del medio hospitalario al domiciliario	Calidad asistencial y relación terapéutica	Cambios y propuestas de mejora
	¿Cómo fue tu estancia en el hospital? ¿Cómo estás con tu bebé en casa? ¿Alguna diferencia entre estar en casa y en el hospital?	¿Qué te parecieron los cuidados que te dieron durante la estancia hospitalaria? ¿Qué relación has tenido con el personal sanitario en casa desde que volviste? ¿Cómo te ha ido? ¿Qué es lo que más te gusta? ¿Qué es lo que más echas de menos? ¿Qué te hubiera gustado?	¿Cambiarías algo? ¿Tienes alguna propuesta de mejora?
	AGRADECIMIENTOS POR LA PARTICIPACIÓN		